

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Péče o pacienta s diagnózou fraktura subtrochanterica femoris

Care about patient with fractura subtrochanterica femoris

2007/08

Monika Rejfová

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Heleně Chloubové za spolupráci při psaní této závěrečné práce a za spoustu cenných rad, které mi byly velmi užitečné.

Čestné prohlášení:

Tímto prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou práci zpracovávala samostatně se souhlasem pana F.P. a ošetřujícího personálu.

V Praze dne

.....

ÚVOD.....	5
KLINICKÁ ČÁST.....	6
1. Zlomeniny horního konce stehenní kosti.....	6
1.1 Terapie zlomenin obecně.....	8
1.1.1 Konzervativní terapie.....	8
1.1.2 Operační terapie.....	10
1.1.3 Předoperační péče.....	12
1.1.4 Pooperační péče.....	14
1.1.5 Komplikace pooperačního období.....	15
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	16
2. Identifikační údaje.....	16
3. Lékařské diagnózy a anamnéza	17
3.1 Hlavní důvod hospitalizace.....	17
3.2 Ostatní lékařské diagnózy	17
3.3 Anamnéza	17
4. Diagnostika.....	18
4.1 Fyziologické funkce	18
4.2 Laboratorní vyšetření.....	19
4.3 Ostatní vyšetření.....	20
5. Terapeutická péče.....	21
5.1 Předoperační péče – 31.3. – 2.4.2008.....	21
5.1.1 Chirurgická terapie.....	21
5.1.2 Farmakoterapie	22
5.1.3 Fyzioterapie	23
5.1.4 Dietoterapie	23
5.1.5 Operační zákrok.....	23
5.2 Pooperační péče – 3.4. – 4.4.2008	24
5.2.1 Chirurgická terapie.....	24
5.2.2 Farmakoterapie	26
5.2.3 Fyzioterapie	28
5.2.4 Dietoterapie	28
6. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	29
6.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci.....	29
6.2 Základní fyziologické potřeby	29
6.3 Psychosociální potřeby	34
7. Ošetrovatelské diagnózy	37
8. Ošetrovatelské intervence a hodnocení.....	39
9. Edukace	57
10. Ošetrovatelský závěr a prognóza	60
11. Seznam použité literatury a zdrojů.....	61
Přílohy	63

ÚVOD

Zlomeniny horního konce stehenní kosti jsou jistě závažným a častým zraněním převážně starých lidí. Ke zpracování závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala pacienta se zlomeninou subtrochanterickou. Můj pacient je jasným důkazem toho, že tento úraz nehrozí lidem pouze v době náledí, což je jedna z nejčastějších příčin zlomenin horního konce stehenní kosti, ale i v jiném ročním období. Pan F.P. upadl doma na schodech.

Při výběru pacienta na zpracování této práce jsem hledala někoho, kdo má hodně medicínských, ale i ošetrovatelských problémů. Pan F.P. mě zaujal především tím, že k jeho základnímu onemocnění měl spoustu dalších přidružených onemocnění a to převážně chronických. U tohoto pacienta jsem mohla využít ve velké míře ošetrovatelský proces a spoustu měřících technik. Péče o mého pacienta byla zajímavá především tím, že měl do jisté míry nedostatečně saturované všechny bio-psycho-sociální potřeby. U pana F.P. byl nutný komplexní přístup a to od veškerého personálu, což jsem bohužel nezaznamenala. Myslím si, že do velké míry záleží brzké uzdravení hlavně na psychickém stavu nemocného, a proto je velmi důležitý přístup nás zdravotníků k pacientům jako k lidem. Byla bych velice ráda, kdyby se do budoucna tento problém změnil a každý zdravotník by na pacienty nahlížel z jiného pohledu a byl k nim velice empatický.

KLINICKÁ ČÁST

1. Zlomeniny horního konce stehenní kosti

Zlomeniny horního konce stehenní kosti patří k nejčastějším úrazům pacientů hospitalizovaných na traumatologických odděleních. Jejich četnost se zvýšila během posledních desetiletí velmi výrazně. Tyto zlomeniny se stávají závažným problémem medicínským, ale i sociálním a ekonomickým. Rozhodující část takto nemocných je totiž ve věku nad 60 let, podle různých autorů představují asi 75% takto poraněných pacientů. Rozhodující většina těchto zlomenin je léčena operačně.

Anatomické poznámky

Hlavice stehenní kosti je téměř sférický útvar o průměru kolem 4,5 cm. Kloubní plocha odpovídá přibližně $\frac{3}{4}$ povrchu koule. Na vrcholu hlavice mírně dorzálně je jamka, do níž se upíná nitrokloubní vaz ligamentum capitis femoris. Délka krčku je u dospělých lidí kolem 5 cm.

Trochanterický masiv je tvořen mohutným laterokraniálně umístěným velkým chocholíkem (trochanter maior) a mediodorzálně malým chocholíkem (trochanter minor), které jsou místem svalových úponů. Horní konec stehenní kosti je tvořen převážně spongiózní kostí, krytou jen tenkou vrstvou kosti kortikální.

Ke zlomeninám horního konce stehenní kosti jsou řazeny:

1. zlomeniny hlavice
2. zlomeniny krčku
3. zlomeniny trochanterického masivu
4. zlomeniny subtrochanterické

Zlomeniny hlavice stehenní kosti

Jsou jako izolované zlomeniny velmi vzácné, častěji je vidíme jako součást polytraumatu či sdružených poranění spolu se zlomeninami pánve. Vyskytují se u mladých lidí při dopravních úrazech nebo při pádech z větších výšek. Konzervativní léčba je zcela výjimečná. Osteosyntéza se snaží docílit obnovení kloubního povrchu hlavice, zejména jeho zátěžové zóny. Hlavní komplikací je vznik aseptické nekrózy hlavice s nutností následné aloplastiky.

Zlomeniny krčku a trochanterické oblasti

Tyto zlomeniny vznikají u starších lidí typicky pádem při nevelkém násilí, často však již rychlou rotací v kyčelním kloubu. U mladých nemocných jde naopak o násilí vysokoenergetické, tato věková kategorie bývá však postižena zřídka.

Subjektivně si zranění stěžují na bolest v poraněné kyčli, končetina je zkrácená, v zevní rotaci. Pokus o pohyb v kyčelním kloubu je bolestivý, nemocný se na končetinu nepostaví.

Zlomeniny krčku stehenní kosti

Toto jsou jedny z nejčastějších zlomenin vůbec. Podle celostátní statistiky utrpí toto poranění každoročně kolem 10 000 lidí, což představuje 60% všech zlomenin horního konce stehenní kosti. Velké statistiky ukazují převahu postižení žen proti mužům, přibližně v poměru 3:1.

Nejvíce těchto zlomenin vidíme po 70. roce věku, s jasnou převahou žen. Je to jistě způsobeno rozvíjející se postmenopauzální osteoporózou starších žen.

Léčení je operační. Ke konzervativní léčbě se přistupuje tehdy, když stav nemocného nedovoluje jakoukoli anestézii a operaci. Pokud jde o operační léčení těchto zlomenin, indikace typu výkonu záleží zejména na věku.

Zlomeniny trochanterického masivu

Postihují podobné a vyšší kategorie jako zlomeniny krčku.

Tyto zlomeniny se léčí operačně. Pokud jde o typ výkonu, dává se v současné době přednost u stabilních zlomenin osteosyntéze dynamickým kompresním šroubem – DHS, u nestabilních zlomenin pak osteosyntéze některým z proximálních hřebů (PFN). Jde o stabilní syntézy s možností časně mobilizace včetně časně zátěže.

Zlomeniny subtrochanterické

Subtrochanterické zlomeniny, tedy zlomeniny do 5 cm pod malým trochanterem, tvoří stabilně 6-7% zlomenin horního konce stehenní kosti. Často se svým charakterem již blíží zlomeninám diafýzy. Léčba je výhradně operační – DHS, dlahy, zajištěný rekonstrukční hřeb. (*zdroj č. 5, str. 14*)

1.1 Terapie zlomenin obecně

1.1.1 Konzervativní terapie

Základní principy konzervativní léčby jsou repozice, retence, rehabilitace.

Čtyři základní zásady

- repozice a fixace v anatomickém postavení
- dostatečná stabilita fixace s ohledem na celkový stav pacienta a konkrétní poranění
- při manipulaci a repozici maximální šetření měkkých a kostěných tkání s cílem nezhoršovat prokrvení užitím co nejšetrnějších repozičních technik
- časná mobilizace se správně vedenou a prováděnou rehabilitací postižené oblasti a celého pacienta včetně jeho resocializace

Repozice

- uvedení fragmentů do takového postavení, které zaručuje zhojení s dobrými funkčními výsledky
- provádíme ji vždy v anestézii – lokální nebo svodné
- kontrolu provádíme na RTG snímku
- dělí se na zavřené, polozavřené, otevřené nebo na přímé a nepřímé

Repoziční techniky:

- zavřené neboli nekrvavé repozice – volí se v případech, kde se tahem a manipulací periferie zdaří dokonalá repozice a neuvažuje se o vnitřní stabilní osteosyntéze, používají se K dráty a doplňuje se o sádrový fixační obvaz
- polozavřené repozice – užívají se v případech, kdy vzhledem k typu jak kostěného, tak měkkotkáňového poranění není vhodná krvavá repozice, ale zavřená se nedaří
- otevřená repozice – užívá se při konvenční osteosyntéze, kde je indikována anatomická repozice k umožnění primárního kostního hojení, jde o metodu ORIF (open reduction with internal fixation)

Retence

- řídí se přesně danými pravidly – pravidlo dvoukloubové fixace
- je vyžadována imobilizace jednoho kloubu nad a jednoho kloubu pod místem zlomeniny

- fixační materiál – pro lehká poranění elastická bandáž, pro závažnější distorze s kloubním posttraumatickým výpotkem ortéza

Obecně lze konstatovat, že konzervativní léčba vyžaduje značné zkušenosti a pečlivost v závislosti na typu léčeného poranění. Po akutním ošetření se zpravidla vyžaduje druhý den klinická kontrola fixace a periferie (prokrvení a inervace) a následné 2 až 3 RTG kontroly.

Komplikace lze rozdělit na lokální a celkové. Z lokálních lze uvést riziko redislokace zlomeniny, otlaky a nervově-cévní léze vyplývající z útlaku nervu sádrou proti kostěné spodině. Z celkových komplikací můžeme zaregistrovat po imobilizaci dolních končetin tromboembolickou nemoc.

Výhodou konzervativní léčby je vyhnutí se operačním a pooperačním komplikacím, jako je například infekce nebo nutnost vynětí osteosyntetického materiálu po zhojení. U správně vedené konzervativní léčby včetně následné rehabilitace je návrat k plné funkci rychlejší. Vliv může mít i ambulantní léčení konzervativními metodami u aktivních nebo jiných pacientů, kteří odmítají hospitalizaci z nejrůznějších důvodů.

Naopak nevýhodou je imobilizace okolních kloubů se všemi svými důsledky, tj. nutnost relativně dlouhodobé fixace s určitým dyskomfortem pacienta, potřeba častých kontrol pro nebezpečí redislokace a komplikace vyplývající ze sádrové fixace (otlaky, nervově-cévní komplikace).

Extenze:

Za přísně aseptických podmínek se zavádí kolmo na osu kosti Kirchnerův drát, ke kterému se upevní podkova, tažné zařízení a tah je uskutečňován v potřebné ose končetiny. Síla tahu je určována hmotností postiženého. Provádí se v lokální anestézii.

Zásady péče o pacienta s extenzí:

Péče o pohodlné lůžko:

- přístup k lůžku ze tří stran
- doplnění pomůcek – antidekubitních, pomůcky doplňující lůžko, signalizační zařízení
- vložení Braunovy dlahy – obalená, čistá
- stlání lůžka 3x denně – dle potřeby

Sledovat, kontrolovat:

- postiženou končetinu na Braunově dlaze – dostatečně dlouhá sahá do 2/3 stehna
- tažné zařízení – závaží – funkčnost extenze – tah musí působit v ose
- vpichy drátu sterilně ošetřovat
- místa vpichu nesmějí být zarudlá, bolestivá, oteklá, jevit známky poruchy integrity kůže
- projevy imobilizačního syndromu – prevence dekubitů
- míru soběstačnosti, sebeděči v oblasti hygieny, výživy, vyprazdňování
- psychický stav
- potřeby nemocného

Postup stlaní a hygieny:

- informovat nemocného
- požádat ostatní personál o spolupráci – 3 osoby
- šetrnost – pozor na prudké pohyby
- aktivní spolupráce s nemocným – dle soběstačnosti, stavu nemocného
- odstranit Braunovu dlahu – obalit čistě
- provést důkladnou hygienu celého těla
- po ukončení úpravy a hygieny vložení Braunovy dlahy
- opatrně vložit tažné zařízení

1.1.2 Operační terapie

Operační léčbou rozumíme terapeutický postup u zlomenin, které vyžadují repozici a instrumentální stabilizaci.

Ve všech případech je nutná lokální, svodná nebo celková anestézie. Operační léčba je indikována v případech, kdy při konzervativní terapii nezabezpečíme retenci fragmentů poranění skeletu v anatomickém postavení nebo zavřenou repozicí nedocílíme anatomického postavení. Indikací mohou být i stavy, kdy konzervativní cestou nedojde ke zhojení nebo až za dlouhou dobu, kdy protrahovanou fixací dojde k artrofibróze imobilizovaných skloubení, kdy není umožněna včasná funkční léčba. V některých věkových skupinách je operační léčba indikována prakticky z vitální indikace vzhledem k enormnímu riziku následných komplikací, a to i přes velké operační riziko.

Při volbě metody operační léčby se hodnotí poranění komplexně a přitom je nutné brát v úvahu jednotlivou zlomeninu zcela individuálně. Důležité je především přesné zjištění anamnézy s mechanismem úrazu.

Traumatologické operace na skeletu jsou zatíženy vysokým procentem trombembolické nemoci. Proto je indikována prevence tzv. miniheparinizací nebo nízkomolekulárními hepariny. Mezi rizikové skupiny patří nejvíce ženy starší 35 let a muži starší 40 let po operacích na dolních končetinách, páteře a pánve. U mladších zraněných jsou rizikové obézní, pacienti se zhoubným tumorem, trombembolickou chorobou v anamnéze, ženy užívající hormonální antikoncepci, pacienti na kortikoterapii a polytraumata včetně závažných sdružených poranění bez nebezpečí krvácení.

Typy osteosyntéz

Po repozici nastává ošetření zlomeniny osteosyntézou. K dispozici je osteosyntéza K dráty (transfixace, tahová cerkláž), tahovými šrouby, dlahovou technikou, hřebování, zevní fixace a nejrůznější kombinace metod.

Osteosyntéza K dráty

1. stabilizace diafyzárních zlomenin K dráty nitrodřeňově zavedenými, vyžaduje přídatnou fixaci
2. stabilizace epimetafyzárních zlomenin K dráty po nekrvavé repozici nepřímými technikami (proximální humerus, zlomeniny distálního předloktí, zápěstí, metakarpů a prstů ruky, patní kosti)

Osteosyntéza šrouby

- jde o osteosyntézu, která umožňuje interfragmentální kompresi po nekrvavé nebo častěji krvavé repozici.
- spongiózní šrouby (dle velikosti), kortikální šrouby (oblast dialýz), maleolární šroub, malý spongiózní šroub (dříve navikulární)

Osteosyntéza dlahou

- přemostění s požitím vnitřního implantátu – na povrch kosti nebo do její dutiny
- z hlediska použité reпозиční techniky a použité metody rozeznáváme klasickou osteosyntézu dlahou ORIF po nekrvavé repozici nebo dlahu zavedenou miniinvazivní technikou MIPPO s použitím nepřímých reposisičních technik
- dle charakteru fixace po repozici rozeznáváme dlahovou osteosyntézu neutralizační, kompresní, podpůrnou, tahovou

- dle typu konstrukce (úhlově stabilní a nestabilní) máme dlahy LISS, LCP
- speciální skupinou jsou implantáty specifického užití, které využívají dlahové techniky a např. principu skluzného šroubu v určitých anatomických lokalitách, např. DHS – dynamic hip screw, DCS – dynamic condylar screw

Osteosyntéza hřebky

- pro stabilizaci zlomeniny se využívá intramedulární prostor kosti
- použití u dlouhých kostí
- PHN (proximal humeral nail), CFN (candulated femoral nail), PFN (proximal femoral nail)

Osteosyntéza zevní fixací

- umožňuje stabilizaci fragmentů vnější konstrukcí se zavedením minimálního množství cizorodého materiálu do tkání
- svorkový fixátor, Kirchnerovy dráty, Schanzovy šrouby, Steinmannovy hřebky
(zdroj č. 2, str. 532)

1.1.3 Předoperační péče

- začíná v okamžiku, kdy je naplánován operační výkon
- připravuje klienta k operaci a předchází komplikacím v průběhu vlastní operace

A. Dlouhodobá příprava:

- plánovaný výkon
- interní vyšetření nesmí být starší než 14 dní před plánovaným výkonem

1. Všeobecná příprava

- *Psychická příprava* – informace, kde bude pacient ležet, omezení aktivity, dietní opatření, informace o výkonu, termínu operace, souhlas klienta s výkonem
- *Anesteziologická vizita*
- *Laboratorní vyšetření* – hematologické, biochemické, serologické (KO, FW, krvácivost, srážlivost, APTT, QUICK, krevní skupina + Rh faktor, mineralogram, urea, kreatinin, glykémie, jaterní testy, BWR, HIV), objednání krve, autotransfuze, vyš. moče – M+S,
- *Interní vyšetření* – ekg, rtg S+P, u vyšší věkové skupiny spolupráce s kardiologem, diabetologem, měření FF

- *Fyzioterapie* – polohování, dechová cvičení

2. Speciální příprava

- podle typu operace

B. Krátkodobá příprava:

- příprava nemocného 24 hodin před operací
- lačnost – od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat žvýkačku (anestézie potlačuje funkce GIT – hrozí aspirace, zvracení)
- vyprázdnění – klyzma, zavedení sondy dle ordinace
- příprava operačního pole – večer oholení operačního pole, důkladná hygiena (čisté vlasy, uši, nehty odlakované, ostříhané, pupeční jizvu vytrít alkoholem)
- odstranění šperků, náramků, hodinek, zubní protézy, dekorativní kosmetiky, protetické pomůcky
- bandáže DK

Premedikace:

- medikamentózní zlepšení úvodu do anestézie
- potlačení aktivity nervu vagu
- útlum a stabilizace neurovegetativního systému
- útlum reflexní činnosti, uklidnění klienta
- látku, množství, dobu podání, způsob aplikace určí anesteziolog
- den před operací - večer – aplikace sedativ p.o. např. Rohypnol, Diazepam
- 0,5 hod. před výkonem – analgetikum + vagolytikum - Dolsin, Atropin (analgetika ovlivňují spotřebu anestetika, vagolytika snižují parasimpatikomimetický účinek anestetika)

Poučení klienta – při aplikaci vagolytika, analgetika – sucho v ústech, malátnost, rozostřené vidění, lehké bušení srdce – musí zůstat ležet v lůžku

Těsně před operací – svlečený, kontrola nemocného, bandáže DK, aplikovaná premedikace, dokumentace + rtg snímky jsou odvezeny společně s pacientem na operační sál

1.1.4 Pooperační péče

- dle stavu pacienta překlád z operačního sálu
- anesteziolog určí, kdy bude pacient odvezen na oddělení – hodnotí stav vědomí

JIP, ARO

- komplexní intenzivní péče
- uložení do polohy dle druhu operace
- zajištění tepla
- měření FF
- odběry BM

Standardní oddělení

- překlád z operačního sálu, JIP při stabilizaci stavu
- měření FF
- funkce Redonova drénu
- sledování operační rány, celkového stavu, bolesti, postavení končetiny
- operovaná DK je polohovaná ve vnitřní rotaci a abdukci – mírné flexi v kyčelním a kolenním kloubu pomocí rotační botičky (4 – 5 dní) nebo zátěžového pytlíku s pískem
- přikládání ledu na operovanou končetinu
- péče o kanylu
- aplikace analgetik, ATB, antikoagulancia
- prevence dekubitů
- vedení k sebeobsluze, rychlá mobilizace, zlepšení psychického stavu

Pooperační fyzioterapie za hospitalizace

Cíl – vertikalizace a nácvik samostatné chůze o berlích, rozvoj soběstačnosti

Zakázané pohyby – zevní rotace + abdukce v kyčelním kloubu + flexe nad 90°

1. pooperační den

- dechová cvičení, kondiční cvičení neoperované končetiny, RHB hlezna operované končetiny
- izometrické posílení gluteálních svalů

2. – 3. pooperační den

- aktivní cvičení v kyčelním kloubu s pomocí (flexe do 90°, abdukce, vnitřní rotace)
- nácvik sedu s DK spuštěnými z postele

4. – 5. pooperační den

- přetáčení na bok s molitanovým čtvercem mezi DK – prevence luxace

6. – 7. pooperační den

- cvičení na břicho, izometrické cvičení gluteálního svalstva
- vnitřní rotace vsedě na lůžku

8. – 12. pooperační den

- nácvik chůze po schodech, vytahování stehů, odchod domů

13. – 14. pooperační den

- odchod domů, poučení nemocného o hygieně a masáži operované končetiny, o RHB pomůckách, cvicích, úpravě v bytě

1.1.5 Komplikace pooperačního období

1. časné komplikace

- poruchy dýchání (neprůchodnost DC, hypoventilace, hypoxie)
- poruchy oběhu (hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu)
- svalový třes a podchlazení
- hypertermie (septická pooperační komplikace, reakce na pyrogeny při krevních převodech)
- nevolnost a zvracení
- psychomotorický neklid
- poruchy vyprazdňování (retence moči)

2. pozdní komplikace

- dýchací systém – embolizace plic, atelaktázy, bronchopneumonie, pneumonie
- oběhový systém – hypovolemie, flebotrombóza, trombembolická komplikace
- močový systém – retence moči, infekce
- GIT systém – nauzea, zvracení, škytavka, meteorismus, zácpa
- operační rána – infekce, deshiscence
- luxace kloubu (*zdroj č. 3, str. 24*)

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

2. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: F.P.
Oslovení pacienta: pane P.
Rodné číslo: 27 -- --/-- -- --
Věk: 81 let
Vzdělání: vysokoškolské
Povolání: SD, původně letec
Národnost: česká
Bydliště: Praha 4
Stav: ženatý
Pojišťovna: VZP
Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka – telefon ve zdravotnické dokumentaci

Datum přijetí: 31.3.2008 – septické oddělení

Datum operace: 3.4.2008 – JIP, poté přeložení zpět na septické oddělení ještě tentýž den

Datum mého ošetřování: 31.3. - 4.4.2008

3. Lékařské diagnózy a anamnéza

3.1 Hlavní důvod hospitalizace

- Fraktura subtrochanterica femoris l. dx.

3.2 Ostatní lékařské diagnózy

- ICHS
- Arteriální hypertenze
- CHOPN t.č. v klidu
- Hiátová hernie
- Hypacusis magna
- Angiopatia retina hypertonica

3.3 Anamnéza

Alergická anamnéza:

- neguje

Farmakologická anamnéza:

- Isoptin 40mg 1-1-1 tbl. (*lékové skupiny všech léků a NÚ viz příloha č. 4*)
- Simgal 20 0-0-1/2 tbl.
- Promagsan 0-0-1 tbl.
- Helicid 20mg 1-0-0 tbl.
- Betaserc 1-0-0 tbl.
- Seretide 20/100 inhalace

Sociální anamnéza:

- ženatý
- žije doma s manželkou, má 2 děti, 5 vnoučat

Abusus:

- kouřil do pěti cigaret denně

Pracovní anamnéza:

- dýchodce, dříve letec

Rodinná anamnéza:

- otec zemřel na Ca žaludku či plic
- matka zamřela v 96 letech

Osobní anamnéza:

- Stp. implantaci KS pro SSS v 11/05
- Cataracta senilis, bilat (stp. operaci ve FNKV 05)
- Stp. APPE před 30 lety, stp. PE hyperlazier prostaty
- Sledován pro suspektní adenom nadledvin

Nynější onemocnění:

- Pacient upadl doma na schodech
- Pacient přijat z chirurgické ambulance s Kirchnerovou extenzí

4. Diagnostika

4.1 Fyziologické funkce

Fyziologické funkce	31.3.2008 - příjem	3.4.2008-op.den	4.4.2008
Tělesná teplota	36,6	36,5	36,2
Saturace	-	98% s O ₂	-
Krevní tlak	170/40	120/70	130/80
Puls	90/min	84/min	86/min
Dech	17/min	16/min	17/min
Vědomí	neporušené	neporušené	neporušené

4.2 Laboratorní vyšetření

Biochemie

	31.3.2008	Poslední vyšetření	Ref.meze
Glukóza	4,2 mmol/l	4,0 mmol/l	3,5-5,6
Urea	5,8 mmol/l	5,2 mmol/l	2,9-8,3
Kreatinin	91,0 umol/l	92,0 mmol/l	62,0-115,0
Bilirubin	5,0 umol/l	5,0 umol/l	0,2-20,5
ALT	0,36 ukat/l	0,37 ukat/l	0,1-0,83
AST	0,37 ukat/l	0,40 ukat/l	0,1-0,83
GMT	0,63 ukat/l	0,61 ukat/l	0,10-1,77
LDH	2,60 ukat/l	2,60 ukat/l	0-4,13
Natrium	131 mmol/l	133mmol/l	137-146
Kalium	4,4 mmol/l	4,2 mmol/l	3,6-5,4
Chloridy	100 mmol/l	103 mmol/l	98-107

Hematologie

	31.3.2008	Poslední vyšetření	Ref.meze
Erytrocyty	4,51 10 ⁹ /ul	5,32 10 ⁹ /ul	4,50-6,30
Hemoglobin	↓101 g/l	↓125 g/l	140-180
Hematokrit	↓31,8 %	48,2 %	42,0-52,0
MCH	↓22 pg	31,2 pg	27,0-33,0
MCHC	32, 0 g/100ml	33,0 g/100ml	32,0-36,0
Leukocyty	↑11,8 10⁹/l	8,5 10 ⁹ /l	4,0-10,0
Trombocyty	398 10 ⁹ /l	230 10 ⁹ /l	140-400

Závěr:

Zvýšené hodnoty: leukocyty

Snížené hodnoty: hemoglobin, hematokrit, MCH

Koagulace

	31.3.2008	Poslední vyšetření	Ref.meze
Quick	14,8 sec	14,5 sec	10,5-14,8
Quick INR	1,16	1,1	0,8-1,2
APTT	31,7 sec	30,2 sec	24,0-35,0
APTT - Ratio	0,99	1,1	0,8-1,2

4.3 Ostatní vyšetření

Předoperační vyšetření:

1.4.2008

EKG

- 72/min, PQ: 0,12, QRS RZP V 2-5, ST-T bez známek akutního koronárního postižení

Kontrola kardiostimulátoru:

- přístroj funguje správně
- převažuje spontánní rytmus

Urologické vyšetření:

- somatický nález – podbříšek volný, testes – vlevo je varle citlivé, v.s. subakutní orchiepididymitis
- sono reziduum 10 ml
- doporučeno – Fokusin 1-0-0, Cotrimoxazol 1-0-1 tbl.

5. Terapeutická péče

5.1 Předoperační péče – 31.3. – 2.4.2008

5.1.1 Chirurgická terapie

Pacient byl přijat na oddělení se subtrochanterickou zlomeninou pravé dolní končetiny. Pan F.P. se snažil maximálně spolupracovat. Pacient byl uložen do lůžka s antidekubitní podložkou do polohy na zádech. Lůžko bylo přístupné ze tří stran. Pacient měl v dosahu signalizační zařízení. Na pravé dolní končetině měl pan F.P. zavedenu Kirchnerovu extenzi v oblasti pravého kolene. Tah extenze byl veden v ose se závažím 5 kg. Do lůžka byla panu P. vložena Braunova dlaha, kterou měl pod pravou dolní končetinou. Dlaha sahala do 2/3 stehna, byla čistě obalena. Extenze i Braunova dlaha vyžadují častou kontrolu. Pravidelně jsem sledovala funkčnost extenze, zda působí v ose. Místa vstupů extenčních drátů jsem ošetřovala sterilně roztokem H₂O₂ při každodenních převazech a kontrolovala jejich vzhled, zda nejsou přítomny známky zánětu (zarudnutí, otok, bolestivost). Sledovala jsem polohu pacienta a kontrolovala jeho přirozenou polohu, dbala jsem na to, aby měl dostatek pohodlí.

Pan F.P. měl porušenou integritu kůže v oblasti levé loketní jamky, kde měl zavedenou kanylu. Tato kanyla mu byla zavedena v den příjmu. Třetí den hospitalizace byla kanyla přepíchnuta opět na levé končetině tentokrát do předloktí. Kanylu jsem každý den převazovala sterilním krytím a dodržovala jsem zásady asepsy. Sledovala jsem známky infekce.

Krátkodobá předoperační příprava – 3.4.2008 – nultý operační den

Poučila jsem pacienta, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít ani kouřit. V den operace jsem pacientovi vyčistila pupeční jizvu lihem, zkontrolovala jsem, zda má ostříhané nehty. Poučila jsem pacienta o tom, že nesmí mít žádné šperky, hodinky a musí mít odstraněnou zubní protézu, což jsem poté zkontrolovala. Udělala jsem bandáž levé dolní končetiny. Pacientovi jsem před výkonem aplikovala 5 mg Morfinu intramuskulárně dle ordinace.

5.1.2 Farmakoterapie – 31.3. – 2.4.2008

Infuzní terapie

Hartman 1/1 500 ml – 2 hod v 9.00 hod (*složení a NÚ všech léků viz příloha č. 3*)

aplikace: i.v. spádem do PŽK na LHK

Ringer 500 ml – 2 hod v 9.00 hod

aplikace: i.v. spádem do PŽK na LHK

Injekční terapie intramuskulární

Dipidolor inj. sol. - analgetikum, anodynum

aplikace: v 9 – 15 – 21 – 03 hod.

Novalgín inj.sol. - analgetikum, antipyretikum

aplikace: v 9 – 15 – 21 – 03 hod.

Tiapridal inj.sol. - psychofarmakum, neuroleptikum

aplikace: v 9 – 15 – 21 – 03 hod. podáván od 2.4.2008

Injekční terapie subkutánní

Heparin ret. 5000 j. - antikoagulans

aplikace: v 9 – 17 – 03 hod.

Perorální terapie

Mucosolvan por.sir. - expektorans, mukolytikum

aplikace: 1 – 0 – 0

Verospiron 25 mg por. cps. dur. - kalium šetřící diuretikum, antihypertenzivum

aplikace: 1 – 1 – 0 cps.

ACC long por. tbl. eff. - expektorans, mukolytikum

aplikace: 1 – 0 – 0 tbl.

Vasocardin 25 mg por. tbl. nob. - kardioselektivní betalytikum

aplikace: 1 – 1 – 0 tbl.

Afonilum 125 mg por. cps. pro. - bronchodilatans, antiastmatikum

aplikace: 1 – 0 – 1 cps.

Ferronat ret. por. tbl. pro. - antianemikum

aplikace: 1 – 0 – 1 tbl.

Cotrimoxazol al forte por. tbl. nob. - antimikrobiální chemoterapeutikum

aplikace: 1 – 0 – 1 tbl.

Chronická medikace:

Helidcid 20 mg por.cps.dur. - antiulcerozum, inhibitor protonové pumpy

aplikace: 1 – 0 – 0 cps.

5.1.3 Fyzioterapie

Pacient byl uložen do polohy na zádech. Zaujímal vynucenou polohu, kdy měl pravou dolní končetinu na Braunově dlaze. Pohyblivost měl velice omezenou. Dodržoval klid na lůžku. Každý den za panem P. docházela fyzioterapeutka, která s ním prováděla dechovou gymnastiku pomocí nafukovacího balonku.

5.1.4 Dietoterapie

Pacient byl v oblasti stravování částečně soběstačný. Donesené jídlo dokázal sníst sám. Pan P. měl umělý chrup. Byl na něj zvyklý již řadu let, problémy s ním neměl. Ústa měl bez patologických známk, rty měl spíše suché.

Během hospitalizace měl pan P. dietu č. 3 – dietu racionální. Z domova byl zvyklý jíst všechno, s nemocniční stravou problémy neměl.

V rámci předoperační přípravy byl pan P. 3.4. od půlnoci lačný.

5.1.5 Operační zákrok

Na přání pacienta byl operační zákrok proveden v epidurální anestézii. Pan P. celkovou anestézii odmítl.

5.2 Pooperační péče – 3.4. – 4.4.2008

5.2.1 Chirurgická terapie

Operační protokol:

Datum zahájení operace: 3.4.2008 11:05

Datum ukončení operace: 3.4.2008 11:45

Urgentnost operace: plánovaná

Typ anestézie: epidurální

Operační diagnóza:

Fraktura subtrochanterica femoris l.dx.

Operační výkon: DCS

Popis operace:

Indikován k operačnímu výkonu pro subtrochanterickou zlomeninu stehenní kosti vpravo s dislokací.

Ve spinální anestézii nejprve repozice zlomeniny na extenčním stole za kontroly RTG zesilovače. Po té z laterálního řezu získán přístup k proximálnímu femuru. Za kontroly RTG zesilovače po K drátu zaveden skluzný hřeb 90 mm hlavice, na něj nasazena 95° 8 děrovaná dlaho, která fixována 6 šrouby tak, že v proximálním fragmentu je ještě jeden spongiózní šroub. Zaslepovací šroub.

Redonův drén subfasciálně, steh po anatomických vrstvách.

Počet nástrojů a roušek dle instrumentující po přepočtení v pořádku.

Pooperační kontrola KO za 24 hod. Cefazolin 3 dny 1g i.v. á 6 hod., Heparin 5000j. s.c. á 8 hod. RHB zvyklým způsobem s chůzí s oporou s došlapem na LDK třetí den po výkonu.

Pacient byl ze sálu převezen na JIP. Byl uložen na lůžko s antidekubitní podložkou v poloze na zádech. Operovanou končetinu měl podloženou molitanovou podložkou proti otlaku paty na PDK. Pacient byl klidný, komunikoval, na nauzeu si nestěžoval, občas se vyskytla bolest operované končetiny. Ve čtvrhodinových intervalech byly panu P. měřeny fyziologické funkce po dobu dvou hodin. Byly mu podány léky a infuzní roztoky dle ordinace lékaře. První hodinu po výkonu měl pan P. preventivně oxygenoterapii brýlemi rychlostí 5l/min. Do půlnoci byla u pacienta sledována bilance tekutin.

Na JIP byl pacient sledován několik hodin po operačním zákroku. V odpoledních hodinách byl pan P. přeložen opět na standardní oddělení. Jeho stav byl stabilizovaný, nevyžadoval péči na JIP.

Tabulka č. 1 – pooperační fyziologické funkce

FF/čas	12.00	12.15	12.30	12.45	13.00	13.15	13.30	13.45	14.00
TK	120/60	120/70	110/70	110/80	110/70	120/70	120/70	120/70	125/75
P	82/min	84/min	80/min	80/min	79/min	79/min	78/min	78/min	80/min
D	17/min	17/min	16/min	16/min	15/min	16/min	16/min	16/min	17/min
SAT	97%	98%	98%	97%	97%	96%	96%	97%	97%
O₂	s O ₂	s O ₂	s O ₂	s O ₂	s O ₂				

Převazy:

Operační rána:

- sterilní krytí ze sálu
- převaz 2. pooperační den (již bez mé přítomnosti)
- dlouhá cca 20 cm na zevní straně stehna PDK

Redonův drén:

- zaveden na sále v operační ráně
- odstraněn 1. pooperační den při ranní vizitě, odvedl cca 10 ml

Žilní vstupy:

- PŽK na předloktí levé horní končetiny – viz tabulka č.2
- převaz každý den + kontrola místa vpichu
- dezinfekce + sterilní krytí

Tabulka č. 2 - tělní vstupy

	31.3.2008 příjem	2.4.2008	3.4.2008-op.den	4.4.2008
BRAUNYLA				
LHK – loketní jamka	1.den	3.den - ex	-	-
LHK - předloktí	-	1.den	2.den	3.den
PMK	1.den	3.den	4.den	5.den
DRÉN	-	-	1.den	2.den-ex
EPIDURÁL	-	-	1. den	2. den

Tabulka č. 3 – bilance tekutin

	PŘÍJEM		VÝDEJ	
	Per os	i.v.	drén	diuréza
3.4.2008-	150ml	2550ml	140ml	1380ml
JIP	Celkem: 2700ml		Celkem: 1520ml	

5.2.2 Farmakoterapie

Infuzní terapie – 3.4.08

Hartman 1/1 500 ml – 2 hod v 9.00 hod

aplikace: i.v. spádem do PŽK na LHK

Plasmalyte 1000 ml

aplikace: i.v. spádem do PŽK na LHK

Cefazolin - širokospektré antibiotikum

aplikace: 1g i.v. jednorázově do PŽK á 6 hod 9-15-21-03 hod.

Torecan inj. sol. - antiemetikum

aplikace: 1 amp. i.v. do PŽK při zvracení

Dicynone 250 inj. sol. - antihemoragikum, hemostatikum

aplikace: 1 amp. i.v. do PŽK ve 12 – 20 – 04 hod.

Injekční terapie intramuskulární – 3.4., 4.4.08

Dipidorol inj. sol. - analgetikum, anodynum

aplikace: v 9 – 15 – 21 – 03 hod. dle potřeby

Novalgín inj.sol. - analgetikum, antipyretikum

aplikace: v 9 – 15 – 21 – 03 hod. při bolesti

Injekční terapie subkutánní - 4.4.08

Heparin ret. 5000 j. - antikoagulans

aplikace: v 9 – 17 – 03 hod.

Perorální terapie - 4.4.08

Mucosolvan por.sir. - expektorans, mukolytikum

aplikace: 1 – 0 – 0

Verospiron 25 mg por. cps. dur. - kalium šetřící diuretikum, antihypertenzivum

aplikace: 1 – 1 – 0 cps.

ACC long por. tbl. eff. - expektorans, mukolytikum

aplikace: 1 – 0 – 0 tbl.

Vasocardin 25 mg por. tbl. nob. - kardioselektivní betalytikum

aplikace: 1 – 1 – 0 tbl.

Afonilum 125 mg por. cps. pro. - bronchodilatans, antiastmatikum

aplikace: 1 – 0 – 1 cps.

Cotrimoxazol al forte por. tbl. nob. - antimikrobiální chemoterapeutikum

aplikace: 1 – 0 – 1 tbl.

Chronická medikace:

Helicid 20 mg por.cps.dur. - antiulcerozum, inhibitor protonové pumpy

aplikace: 1 – 0 – 0 cps.

Oxygenoterapie – 3.4.08

- aplikace O₂ brýlemi 5l/min

5.2.3 Fyzioterapie

1. pooperační den

- pacient byl uložen na lůžko s antidekubitní podložkou v poloze na zádech

- pacient dodržoval klid na lůžku

- dechová cvičení s fyzioterapeutkou, kondiční cvičení neoperované končetiny, RHB hlezna operované končetiny

2.-3. pooperační den (již bez mé přítomnosti, po konzultaci s fyzioterapeutkou)

- aktivní cvičení v kyčelním kloubu s pomocí (flexe do 90°, abdukce, vnitřní rotace)

- nácvik sedu s DK spuštěnými z postele

- chůze o francouzských holích – stimulace nášlapu

5.2.4 Dietoterapie

3.4. – pacient mohl pít tekutiny ihned po operaci, jíst mohl za 2 hodiny po výkonu. Měl dietu č.1/5 (kašovitá, nízkobílkovinná). Pacient neměl na jídlo příliš chuť, nauzeu však nepociťoval.

4.4. – Pan P. mohl jíst i pít vše dle chuti. Měl dietu č.3 (racionální).

6. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

Před operací – 31.3.2008

Po operaci – 3.4. - 4.4.2008

6.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci

Pan F.P. snášel hospitalizaci dobře, v nemocnici byl již několikrát, proto tuto situaci nepovažoval za novou. Měl jen trochu obavy, zda mu lékaři dokáží vyléčit zlomenou nohu, domníval se, že takovéto poranění již nelze napravit. Stejně tak se obával zhoršení jeho zdravotního stavu při dlouhodobém pobytu na lůžku. Měl strach, aby nedostal zápal plic.

Komunikaci mu občas ztěžoval jeho handicap – nedoslýchavost, což mu celou situaci nezlehčovalo. Zpozorovala jsem u pacienta, že pokud něčemu nerozuměl, nechtěl to na sobě dát znát a odsouhlasil něco, čemu vůbec nerozuměl. Bylo nutné na to upozornit veškerý personál a zpětně si ověřovat, zda pacient rozuměl všemu, co mu bylo řečeno.

Nemocniční prostředí panu P. nevadilo, s personálem vycházel dobře.

6.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Pan F.P. byl dříve silný kuřák. V posledních letech u něj došlo ke zhoršení dýchání. Začala se u něj objevovat dušnost nejdříve námahová, poté i klidová. Kouření se snažil omezit na minimum, kouřil pouze 5 cigaret denně. V současné době nekouří vůbec.

Pacient má již několik let CHOPN a ICHS. V 11/05 byl panu P. voperován kardiostimulátor v oblasti pravého klíčku. V posledním roce byl hospitalizován na interním oddělení pro zhoršenou dušnost při CHOPN v 1/08, kde došlo k rozvoji jednostranné srdeční slabosti. Po léčbě došlo k ústupu městnání a normalizaci bronchitického nálezu na plicích. Před nynější hospitalizací problémy s dýcháním neměl.

3.4.08 – po příjezdu ze sálu měl pacient naordinovanou oxygenoterapii brýlemi 5l/min při saturaci 91%, která se po aplikaci O₂ zvýšila na 98%. V dalších dnech se u pacienta žádné problémy s dýcháním nevyskytly.

Hydratace

Pan F.P. si je vědom, že pije nedostatečně. Denně vypije zhruba 1l, nemá pocit žízně, proto si myslí, že pít nemusí. Z tekutin pije vše, nejraději má neslazené minerální vody nebo obyčejnou pitnou vodu. Kávu a alkohol nepije.

3.4.08 – po operaci mohl pan P. pít ihned. Tekutiny mu byly hrazeny parenterální cestou, kdy mu byly podány infuzní roztoky Hartman 500 ml a Plasmalyte 1000 ml. U pacienta byl v pooperačním období sledován P+V, kdy díky infuzím příjem přesahoval výdej o 1120 ml.

Výživa

Pacient v domácím prostředí jí vše, není nic, co by neměl rád. Je zvyklý jíst pravidelně v menších porcích, nepřejídá se. Nejraději má domácí stravu. Pan P. má dolní i horní zubní protézu, je na ni zvyklý, problémy s ní nemá.

Dle nutričního screeningu, ve kterém měl pan P. 4 body (*viz příloha č. 6*), byly vhodné konzultace s nutričním terapeutem. Pacient má BMI = 24,5, za poslední dobu u něj nedošlo ke změně hmotnosti.

3.4.08 – pacient mohl po příjezdu ze sálu jíst za dvě hodiny. Nauzeu nepociťoval, žádné problémy v oblasti trávicího traktu neměl. Dutina ústní byla bez patologických projevů.

Vyprazdňování moče a stolice

Moč:

Pan F.P. udává, že trpí na občasný únik moči zvláště při zakašlání nebo při smíchu. Má také zbytnělou prostatu. Problém nijak neřeší, myslí si, že to patří k věku. Na nemoci močových cest nikdy netrpěl.

Při příjmu byl pacientovi zaveden permanentní močový katétr, který měl po celou dobu hospitalizace.

3.4.08 – po operačním výkonu byl u pacienta sledován příjem a výdej tekutin. Pít mohl hned po příjezdu ze sálu. Tekutiny mu byly hrazeny parenterální cestou formou infuzních roztoků (*viz výše*). Výdej byl měřen přes sběrný sáček permanentního močového katétru, který odváděl čistou moč.

Stolice:

S vyprazdňováním stolice pacient problémy nemá, je zvyklý vyprazdňovat se pravidelně jednou denně. Stolice je vždy bez příměsí.

V důsledku delšího pobytu na lůžku, sníženého pohybu a sníženého příjmu tekutin a stravy se u pacienta objevila zácpa. Lékař doporučil dle potřeby Lactulosu sirup. Na stolici pacient zatím nebyl.

Spánek a odpočinek

Pan P. se spánkem problémy nemá, léky na spaní nikdy neužíval. K pocitu vyspání mu stačí 6 - 7 hodin spánku.

Při pobytu v nemocnici se u pacienta objevila spánková inverze. Často si spolupacienti stěžovali na noční neklid pana P. Příčin poruch spánku u pana P. může být několik. Je možné, že se zpočátku pan P. snažil zaspát bolest zlomené končetiny přes den nebo naopak vynucená dost nepohodlná poloha mu znepríjemňovala spaní v noci a tím si obrátil celý cyklus spánku a bdění.

Ani v době po operaci se neobjevily kvalitativní poruchy spánku, spánková inverze přetrvávala. Pacient i nadále pospával přes den, v noci byl již klidnější, spolupacienti si na neklid pana P. nestěžovali.

Teplo a pohodlí

Pan P. vykonával v minulosti povolání, které vyžadovalo snížené nároky na pohodlí a teplo. Jako letec byl zvyklý na nepříznivé podmínky, ve kterých musel vydržet. Byl proto dobře adaptabilní na jakékoli prostředí, byl zvyklý na teplo i zimu. V této oblasti byl zvyklý přizpůsobit se dané situaci.

Kirchnerova extenze způsobuje do určité míry nepohodlí každému, kdo ji má. Pacient se díky extenzi a zlomenině PDK nemohl na lůžku hýbat, neustále zaujímal stejnou polohu. Každý pohyb pro něj byl bolestivý. Polohování u pacienta s extenzí je složité. Je nutné věnovat velkou pozornost úpravě lůžka, stlát alespoň třikrát denně, doplnit lůžko o antidekubitární pomůcky a často kontrolovat polohu pacienta. Vzhledem k věku pacienta, jeho poranění a upoutání na lůžku je nutné dodržovat zásady prevence dekubitů.

Na chlad si pacient nestěžoval.

V pooperačním období se pacient již cítil pohodlněji. Byla mu odstraněna extenze, která byla jeho největší překážkou při pohybu. Pan P. se cítil "volněji", pohyblivěji.

Stav kůže

Kůži měl pacient spíše suchou, kožní turgor měl snížený. Hematomy ani jiné patologické změny jsem nezaznamenala.

V oblasti pravého klíčku měl pacient voperovaný kardiostimulátor. Na břicho měl pan P. jizvu po operaci slepého střeva. Pacient měl dále zavedený PŽK v loketní jamce levé horní končetiny. Invazivní vstupy měl pan P. v oblasti zavedení extenze pod kolenem na pravé dolní končetině.

Pan P. byl uložen na antidekubitní lůžko. Dle Nortonové stupnice měl pacient střední riziko vzniku dekubitů. Na této stupnici získal 22 bodů (*viz příloha č. 2*)

3.4.08 – po op. výkonu měl pacient jizvu na PDK na zevní straně stehna, která byla sterilně krytá ze sálu. První převaz se u pacienta měl provádět 2. pooperační den, kdy jsem již na oddělení nebyla přítomna.

Tělesná a duševní aktivita

Pan F.P. byl vždy sportovně založený, často chodil na dlouhé procházky. I jeho zaměstnání vyžadovalo dobrou fyzickou zdatnost. V posledních letech, vzhledem k věku a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu, žádný sport neprovozuje, občas si vyjde na procházku s manželkou nebo jde jen do obchodu na nákup. Volný čas tráví většinou četbou knih nebo si povídá s rodinou, která ho často navštěvuje. Nejvíce ho naplňují právě chvíle, které tráví s rodinou.

Úraz panu P. znemožnil veškerou tělesnou aktivitu. Tuto situaci bral jako nutnou a doufal, že až se uzdraví bude moci opět normálně chodit. Čas si krátil čtením knih.

Po operaci se pan P. cítil trochu lépe, věděl, že se operace zdařila a doufal, že už bude jenom lépe. Lepší pocit mu přineslo i odstranění extenze a Braunovy dlahy, což bylo jeho největší překážkou. I přesto, že s operovanou končetinou nemohl stále moc hýbat, cítil se pohodlněji. S dopomocí fyzioterapeutky mohl měnit polohu a nacvičovat potřebné cviky.

Sexuální potřeby

Pan P. je několik let šťastně ženatý. S manželkou má velmi dobrý vztah. Na téma sexuálních potřeb jsem s pacientem nehovořila.

Soběstačnost

Pan P. se vždy snažil udělat si vše sám, být samostatný, na nikom nezávislý. Bylo tomu tak vždy do doby, než se u něho začaly vyskytovat chronické choroby, které ho často omezovaly. Po častých hospitalizacích si pan P. zvykl, že se občas dostane do situace, kdy je potřeba, aby mu někdo pomohl např. s hygienou. I tak se vždy snažil rychle se aktivizovat a dostat se zpět do běžného života, kdy veškeré činnosti zvládne sám.

Pan F.P. byl přijat jako ležící vysoce nesoběstačný pacient, který bude vyžadovat velkou pozornost. Dle Barthelova testu základních všedních činností získal 35 bodů (viz příloha č. 1), což značí vysokou závislost. Pacient byl schopný s dopomocí přijmout stravu, obléknout si košilku, umýt si obličej. Ostatní činnosti neprovedl.

V pooperačním období se soběstačnost pana P. zlepšila. Díky odstranění extenze a Braunovy dlahy byl pan P. pohyblivější, mohl se lépe přetočit, nahnout. Podávání stravy, hygiena i vyprazdňování bylo snazší a pacient se postupně více aktivizoval.

6.3 Psychosociální potřeby

Bezpečí a jistota

Nemocniční prostředí panu P. nevadilo, na hospitalizaci byl zvyklý. Při rozhovoru se mi svěřil, že má strach o svůj zdravotní stav, aby nedostal zápal plic, když dlouhodobě leží. Také měl trochu obavy, zda mu lékaři dokáží vyléčit zlomenou nohu. Snažila jsem se pana P. uklidnit a vysvětlit mu, že za ním každý den chodí fyzioterapeutka, která s ním provádí dechová cvičení právě jako prevenci vzniku dechových komplikací. Dále jsem mu vysvětlila, že zlomenina stehenní kosti je častý úraz a lékaři si s tím dokáží poradit a pan P. bude moci opět normálně chodit. Důležitá pro pana P. bude rehabilitace.

Zdraví

Potřeba být zdravý je pro pana P. velmi důležitá a má vliv na jeho celkový stav jak psychický, tak fyzický. V posledních letech bohužel u pana P. nedošlo k úplnému uzdravení a jeho život je provázen řadou chronických onemocnění. Je si vědom toho, že to do jisté míry patří k věku a snaží se tuto situaci brát jako součást svého života.

Pan F.P. má již řadu let spoustu chronických onemocnění. Prodělal několik operací. Pravidelně užívá svou chronickou medikaci a snaží se dodržovat rady lékařů ohledně

svých režimových opatření. Je si vědom toho, že v tomto věku musí dbát na rady lékařů. Kvůli svému zdravotnímu stavu se zřekl i své největší neřesti a to kouření. Často měl dýchací potíže, proto postupně přestal kouřit úplně. I přesto se však občas dýchací obtíže objeví v podobě dušnosti, při posledním záchvatu byla nutná i hospitalizace. Dnes se snaží žít zdravěji.

O svém nynějším zdravotním stavu pan P. příliš informací neměl. Myslel si, že tento úraz je natolik vážný, že zlomeninu nelze napravit. Proto ani nevěděl jak na tom bude dál, zda bude moci chodit. Snažila jsem se panu P. podat dostatek informací a uklidnit ho.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pan P. měl velkou rodinu, která za ním pravidelně chodila na návštěvy. Mobilní telefon neměl, jediný jeho kontakt s rodinou měl při návštěvách. Často mi vyprávěl o manželce, která ho navštěvovala spolu se dvěma syny a pěti vnoučaty. Pan P. nejraději hovořil o manželce, vyprávěl mi nevšední zážitky ze svého dřívějšího zaměstnání, kdy pracoval jako letec. Pokaždé, když jsem za ním přišla, bylo na něm vidět, že je rád, že má společnost. I přesto, že za panem P. zdravotní sestry příliš často nechodily, nikdy si na samotu nestěžoval, věděl, že za ním přijde rodina.

Pan P. ležel na šestilůžkovém pokoji. Se spolupacienty příliš nekomunikoval. Na pokoji s panem P. byli spíše mladší pacienti. Ani ostatní pacienti spolu příliš nekomunikovali. Při komunikaci se mnou mi pan P. přišel velmi otevřený, byl vždy rád, že jsem za ním přišla. Hovořil se mnou bez zábran, byl veselý.

Sebeúcta a sebepojetí

Dle vyprávění pana P. jsem usoudila, že je pyšný na to, že v minulosti pracoval jako pilot a že byl vybrán mezi 30 nejlepších. Pokaždé, když jsem za panem P. přišla, vždy mi něco hezkého vyprávěl. Myslím si, že v době hospitalizace byl natolik ponořen do svých vzpomínek, že si ani příliš neuvědomoval, že je upoután na lůžko, zcela nesoběstačný, odkázaný na pomoc druhých. Bral tuto situaci jako nutnou a doufal, že se po operaci vše zlepší a bude opět více samostatný.

Seberealizace

Podle rozhovoru s panem P. jsem poznala, že jedna z nejdůležitějších věcí je pro něj rodina. Nejvíce ho asi naplňuje čas strávený s rodinou. Dříve trávil nejvíce času v zaměstnání. Hodně cestoval, poznal hodně míst a dnes má na to krásné vzpomínky a spoustu zážitků, které rád vypráví lidem. Létání mu sice chybí, ale nyní ví, že je jeho žena konečně spokojená, že ho má doma a nemusí se o něj bát jako v době, kdy létal.

Volný čas nyní tráví hlavně čtením knih. Nejraději má české autory. V současné době čte knihu Dobrý voják Švejk. Plánuje si, že po propuštění z nemocnice přečte spoustu knih, bude na to mít hodně času. Kromě čtení knih rád luští křížovky.

Psychosociální hodnocení

Pan P. byl velmi milý pán, se kterým jsem si velmi ráda povídala. Byl hodně komunikativní. Ke konci mého ošetřování jsem u pana P. začala pozorovat menší zmatenost. Byl orientován časem i místem, ale v některých chvílích mluvil jakoby "z cesty". Uprostřed rozhovoru se zadíval z okna a hledal tam svoji manželku. Říkal, že ji tam vidí jak něco sbírá. Jindy se zas ptal, jestli jeho manželka leží vedle něj. Je možné, že příčinou zmatenosti byla nedostatečná hydratace nebo ji mohly způsobit léky. Na počátku hospitalizace takto zmatený nebyl.

7. Ošetřovatelské diagnózy

Předoperační 31.3. – 2.4.08

1. **Akutní bolest PDK** v důsledku zlomeniny PDK projevující se verbalizací a grimasami, omezeným pohybem a strachem
2. **Strach** ze zhoršení zdravotního stavu především zápalu plic v důsledku polymorbidity a věku pacienta projevující se verbalizací problému
3. **Porucha pohyblivosti** pro zlomeninu PDK projevující se vynucenou léčebnou polohou PDK na Braunově dlaze s extenzí, klidovým režimem, poruchou soběstačnosti a nepohodlím
4. **Poruchy komunikace** v důsledku nedoslýchavosti a strachu projevující se častým dotazováním
5. **Dyskomfort** v důsledku ztížené pohyblivosti z důvodu zavedené Kirchnerovy extenze projevující se verbalizací problému
6. **Poruchy kožní integrity** v důsledku invazivních vstupů (PŽK, extenze) s rizikem komplikací – infekce
7. **Změny příjmu potravy** v důsledku snížené tělesné aktivity projevující se sníženým příjmem potravy a nechutenstvím a rizikem zácpy
8. **Poruchy spánku** v důsledku bolesti, strachu a snížené fyzické aktivity projevující se spánkovou inverzí
9. **Dehydratace** v důsledku sníženého příjmu tekutin po ztrátě pocitu žízně projevující se sníženým kožním turgorem, únavou, sníženou diurézou a rizikem pooperačních komplikací
10. **Změny ve vyprazdňování moče** pro zavedený PMK a pro sledování bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukce

Pooperační 3.4, 4.4.08

11. **Akutní bolest** v operační ráně PDK po osteosyntéze projevující se zejména při pohybu
12. **Porucha integrity tkání** pro osteosyntézu v PDK a Redonův drén s rizikem krvácení subluxace, infekce
13. **Porucha hybnosti** PDK a léčebného klidového režimu s projevy uložené PDK do léčebné polohy a deficitem soběstačnosti
14. **Změna duševní aktivity** pro změnu prostředí a životního stylu, dlouhodobou vynucenou polohu a strach projevující se občasnými halucinacemi, desorientací až zmateností
15. **Riziko IMS a dekompenzace stavu** v důsledku dlouhodobého pobytu na lůžku a snížené aktivity

8. Ošetrovatelské intervence a hodnocení

Akutní bolest PDK v důsledku zlomeniny PDK projevující se verbalizací a grimasami, omezeným pohybem a strachem

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient cítí menší bolest
- Pacient spolupracuje při plnění léčebného režimu, při hygienické péči

Ošetrovatelský plán:

- navázat důvěryhodný vztah
- zhodnotit bolest – lokalizace, stupeň a další faktory bolesti
- sledovat neverbální projevy – měřit FF
- sledovat správnou polohu PDK na Braunově dlazi
- opatrná manipulace s extenzí
- redukovat faktory zhoršující bolest
- zajistit úlevovou polohu
- být empatická, chápat pacientovu bolest a strach
- snažit se odvést pozornost od bolesti
- aplikace analgetik dle ordinace
- sledovat účinek analgetik

Realizace:

Pacient dostával analgetika dle ordinace v pravidelných časových intervalech a to Dipidolor 1 amp. i.m. v 9-15-21-03 hod. a stejně tak Novalgin 1 smp. i.m. Pan P. si na bolest stěžoval pouze při manipulaci se zlomenou PDK a to nejčastěji při ranní hygieně a stlání. Bolest mu též způsobovala manipulace s Kirchnerovou extenzí. Bolest popisoval jako tupou s radiací do oblasti pravé kyčle. Snažila jsem se dodržovat zásady manipulace s extenzí (viz výše). Po aplikaci analgetik si pacient na bolest nestěžoval. V akutní fázi pacient bolest hodnotil č.3 na vizuální analogové stupnici.

Bolest jiného charakteru se u pacienta neobjevila.

Hodnocení:

Cíle splněny. U pacienta došlo ke zmírnění bolesti po podání analgetik. Bolest přetrvávala při nešetrné manipulaci s PDK. Pacient spolupracoval při hygienické péči, dodržoval klidový režim na lůžku dle mých rad.

Strach ze zhoršení zdravotního stavu především zápalu plic v důsledku polymorbidity a věku pacienta projevující se verbalizací problému

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient je dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu, léčebném režimu, možných komplikacích
- Pacient cítí menší strach, dokáže o problému otevřeně hovořit

Ošetrovatelský plán:

1. posouzení úzkosti
 - zjistit, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci
 - všimnout si chování nemocného
2. vedení nemocného k rozpoznání svých pocitů a řešení problémů
 - navázat vstřícný a důvěryhodný vztah s nemocným
 - naslouchat a hovořit s pacientem
 - uznat nemocnému jeho strach
 - zajistit klidné prostředí
 - zajistit kontakt s rodinou
 - podat dostatek informací o situaci

Realizace:

Pan P. se obával, aby nedostal zápal plic, když je dlouhodobě upoután na lůžko. Za pacientem každý den docházela fyzioterapeutka, která s panem P. dělala dechovou gymnastiku, kdy pan P. procvičoval plíce nafukováním gumového balónku. Bylo nutné na pacienta dohlížet. Vždy, když RHB pracovnice odešla, pan P. sám bez dozoru necvičil, bylo nutné ho kontrolovat a vysvětlit mu, že právě toto cvičení je prevence vzniku dechových komplikací, kterých se bojí.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacient byl dostatečně informován o svém zdravotním stavu a možných komplikacích. Též byl poučen o prevenci vzniku dechových obtíží. Pan P. měl největší obavy ze vzniku pneumonie. V době mého ošetřování byl pacient bez dechových obtíží.

Porucha pohyblivosti pro zlomeninu PDK projevující se vynucenou léčebnou polohou PDK na Braunově dlaze s extenzí, klidovým režimem, poruchou soběstačnosti a nepohodlím

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient má zvýšenou mobilitu v lůžku
- Pacient se dokáže obsloužit v lůžku
- Pacient spolupracuje se zdravotnickým personálem
- Pacient chápe uložení DK na Braunově dlaze
- Pacient se cítí pohodlněji

Ošetřovatelský plán:

- určit stupeň nepohyblivosti
- zhodnotit stupeň soběstačnosti pacienta
- sledovat polohu pacienta a zlomené končetiny – její poloha na Braunově dlaze
- sledovat známky možných komplikací v důsledku nepohyblivosti (pneumonie, dekubity, problémy s vyprazdňováním)
- zajistit potřebné pomůcky k lůžku (hrazdička, toaletní potřeby)
- aktivně pacienta podporovat v sebedpěči
- rozvoj soběstačnosti pacienta
- signalizační zařízení k lůžku
- zajistit pravidelnou RHB
- pravidelně stlát lůžko
- doplnit lůžko o antidekubitní pomůcky
- polohovat pacienta dle možností
- zajistit čisté a suché ložní prádlo

- signalizační zařízení k lůžku
- zajistit vhodné prostředí v pokoji

Realizace:

Pan P. měl porušenou hybnost v důsledku zlomeniny PDK, kterou měl na Braunově dlaze spolu se zavedenou extenzí. Pacient zaujímal vynucenou polohu, kterou nemohl měnit. Bylo proto důležité dbát na úpravu lůžka a prevenci vzniku dekubitů a jiných komplikací. Pacientovi jsem upravovala lůžko pokaždé, když jsem u něj byla. Každý den jsem měnila ložní prádlo a dbala na to, aby bylo dobře napnuté. Pravidelně jsem u pana P. sledovala extenzi, zda je v ose a zda má pacient správně vloženou Braunovu dlahu pod PDK.

Porucha pohyblivosti do velké míry ovlivnila soběstačnost pacienta. Dala jsem panu P. k lůžku signalizační zařízení a informovala ho, že pokud bude něco potřebovat, ať zazvoní. Pan P. byl nejvíce nesoběstačný v oblasti hygieny. Pan P. byl uložen na lůžko přístupné ze tří stran pro lepší manipulaci s extenzí. Ranní hygienu jsem u pacienta vykonávala spolu se dvěma dalšími sestrami. Pan P. se aktivně zapojoval při mytí obličeje a krku, zbytek hygieny jsem prováděla já. Vždy jsem informovala pacienta o tom co právě dělám.

V oblasti výživy byl pan P. celkem soběstačný. Pohyblivost horních končetin omezenou neměl. Jídlo jsem mu dávala na pojízdný stoleček blízko k lůžku, aby na vše dosáhl. Jídlo snědl vždy sám.

Hodnocení:

Pacient pochopil nutnost extenze a Braunovy dlahy v lůžku. Snažil se maximálně spolupracovat při hygienické péči, též se snažil rozvíjet sebeobslužné činnosti v lůžku. Ve spolupráci se zdravotnickým personálem pan P. problémy neměl.

Poruchy komunikace v důsledku nedoslýchavosti a strachu projevující se častým dotazováním

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient rozumí všemu, co mu bylo řečeno
- Pacient je dostatečně informovaný

Ošetrovatelský plán:

- zjistit příčinu a na které ucho lépe slyší
- zajistit pacientovi potřebné pomůcky (sluchadlo)
- mluvit na pacienta dostatečně nahlas, pomalu a obličejem k němu
- zpětně si ověřovat zda pacient rozumí všemu
- případně použít tužku a papír jako prostředek dorozumívání
- informovat ošetřující personál
- otevřeně s pacientem hovořit o jeho pocitech z komunikace

Realizace:

Již při prvním kontaktu s panem P. jsem si všimla, že špatně slyší. Snažila jsem se proto na pacienta mluvit dostatečně hlasitě a vždy jsem si ověřila, zda rozumí všemu, co jsem mu řekla. Většina ošetřujícího personálu nebyla informována o tom, že pan P. špatně slyší. Mluvili na pacienta potichu a pokud jim odpovídal nepřiléhavě, domnívali se, že je zmatený. Snažila jsem se proto každého, kdo byl s pacientem v kontaktu informovat o pacientově nedoslýchavosti. Pacient slyšel hůře na pravé ucho.

Dále jsem se snažila panu P. sehnat kompenzační pomůcky. Z dokumentace jsem se dozvěděla, že má naslouchátko. Pacient ho však neměl u sebe. Nakonec jsem naslouchátko objevila v osobních věcech pacienta, které měl u sester. Chtěla jsem panu P. sluchadlo dát, ale zjistila jsem, že nefunguje. Poprosila jsem proto pacientovu rodinu, aby mu obstarala sluchadlo jiné.

Hodnocení:

Panu P. jsem se snažila poskytovat dostatek informací. Zpětným dotazováním jsem si ověřovala, zda pacient rozumí všemu, co mu bylo řečeno. Při pomalé a hlasité komunikaci pan P. rozuměl všemu, co jsem mu řekla, na mé otázky odpovídal přiléhavě. Problémy s komunikací přetrvávaly pouze při prvním kontaktu s cizí osobou, která nebyla informována o hendicapu pana P.

Vysoké riziko vzniku IMS (TEN, pneumonie, dekubitů) a dekompenzace pro polymorbiditu, stáří a úraz s možností komplikací

Cíl ošetřovatelské péče:

- Zabránit vzniku IS
- Pacient je bez dekubitů
- Pacient dýchá bez obtíží
- Omezit následky IS

Ošetřovatelský plán:

1. posouzení pravděpodobnosti vývoje komplikací
 - zhodnotit aktuální zdr.stav pacienta a faktory přispívající k vzniku IS – věk, pohyblivost, stav kůže, stav vyprazdňování, dýchání
2. individuálně vhodná preventivní opatření

Kůže:

- kontrolovat stav kůže na predilekčních místech
- dle možností odlehčovat predilekční místa
- pečovat o kůži denně a vždy, když je zapotřebí, omytá místa dobře sušit, namáhané oblasti jemně masírovat
- používat pomůcky pro zmírnění tlaku – antidekubitární podložky, matrace
- sledovat místa s porušenou integritou kůže

Dýchání:

- měnit polohu pacienta – uložit do zvýšené polohy (Fowlerovy)
- pobízet pacienta ke kašli a hlubokému dýchání v pravidelných intervalech
- zajistit vhodné prostředí - větrat
- dle potřeby odsávat z dýchacích cest
- naučit pacienta odkašlávat
- spolupráce s fyzioterapeutem – dechová gymnastika

Oběhový systém:

- sledovat známky cyanózy a zhoršené oxygenace
- všimnout si zněm teploty, barvy, citlivosti, pohyblivosti
- podporovat periferní prokrvení - elastické punčochy
- sledovat TK

- kontrolovat DK – bolestivost, otoky
- hydratovat pacienta

Realizace:

Vzhledem k vysokému věku pana P. a jeho přidruženým nemocem je nutné věnovat vysokou pozornost jeho celkovému stavu a neustále vyhledávat i nejmenší příznaky vzniku nějakých komplikací. Dle lékařské anamnézy je pan P. především ohrožen vznikem dýchacích obtíží v důsledku CHOPN, tromboembolickou nemocí a poruchou integrity kůže v důsledku sníženého kožního turgoru, celkově suché kůže a upoutání na lůžko. Dále může u pana P. dojít ke stresu a frustraci z dlouhodobého nenaplnění potřeby aktivity a tím k poškození psychiky, které se mohou projevit úzkostnými stavy, poruchami spánku, zmateností a dezorientací, sníženou schopností udržet pozornost a dalšími projevy. K poruše psychiky u pana P. v předoperačním období nedošlo.

Pro prevenci vzniku dechových komplikací byla důležitá spolupráce s fyzioterapeutkou. Ta za panem P. chodila každý den, prováděla s ním dechovou gymnastiku pomocí nafukovacího balonku. Dále jsme se společně snažily, uložit pana P. do zvýšené polohy, aby se mu lépe dýchalo. Čerstvý vzduch jsem udržovala častým větráním. I pro prevenci TEN jsem pravidelně kontrolovala FF a zapisovala je do dokumentace. Dlouhodobé upoutání na lůžko by mohlo způsobit nedostatečný žilní návrat s možným vznikem tromboflebitidy a trombózy s následnou embolií. Tomu jsem se snažila zabránit alespoň minimálním polohováním pacienta v lůžku (alespoň v rámci hygienické péče). Preventivně byl panu P. podáván Heparin ret. 5000 j. dle ordinace v 9 – 17 – 03 hod. V rámci předoperační přípravy byla panu P. udělána bandáž LDK.

Pan P. byl ohrožen vznikem dekubitů. Pan P. byl uložen do antidekubitního lůžka. Zdravou LDK jsem mu podkládala polštářem proti otlaku paty. Velkou pozornost jsem věnovala predilekčním místům při hygieně. Zada jsem panu P. jemně masírovala a natírala olejem Menalind. Stejně tak hýždě jsem promazávala pastou Menalind. Celkově jsem dbala na úpravu lůžka. Panu P. jsem stlala vždy podle potřeby, snažila jsem se ho udržovat v čistotě a suchu. Ložní prádlo jsem též měnila dle potřeby. Zlomenou PDK jsem kontrolovala, zda je správně uložena na Braunově dlaze, vhodným vypodložením dlahy jsem se snažila zabránit vzniku otlaků na PDK.

Hodnocení:

Cíle splněny. V době mého ošetřování se u pana P. neobjevily známky poruchy integrity kůže, byl též bez dechových i oběhových obtíží.

Poruchy kožní integrity v důsledku invazivních vstupů (PŽK, extenze) s rizikem komplikací – infekce

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient je bez infekce
- Invazivní vstupy jsou bez známek zánětu
- Pacient spolupracuje při kontrole a funkčnosti invazivních vstupů

Ošetřovatelský plán:

PŽK

- kontrolovat místo vpichu
- sterilní krytí
- převazovat každý den
- dodržovat aseptické postupy při převazu
- proplachovat kanylu
- sledovat projevy zánětu
- výměna PŽK dle standardů oddělení

Extenze

- sterilně ošetřovat místa vpichů drátu
- sledovat známky zánětu – místní – zarudnutí, otok
- sledovat známky zánětu celkové – zvýšená teplota

Realizace:

PŽK - pacient měl PŽK na LHK nejdříve v loketní jamce, 3. den pobytu v nemocnici byla panu P. kanyla přepíchnuta na předloktí LHK. Kanylu jsem každý den převazovala sterilním krytím a dodržovala jsem aseptický postup. Kontrolovala jsem funkčnost kanyly, pravidelně jsem ji proplachovala fyziologickým roztokem. Známky zánětu se neobjevily.

Extenze - místa vstupu drátu do končetiny jsem každý den ošetřovala sterilně H₂O₂. Sledovala jsem známky zánětu. Oblast vstupu drátu byla bez infekce.

Hodnocení:

PŽK byl bez známek infekce, byl plně funkční. Pan P. snášel každodenní převazy PŽK bez obtíží, při převazech spolupracoval a chápal nutnost invazivního vstupu.

Oblast zavedené extenze byla bez výskytu patologických změn.

Změny příjmu potravy v důsledku snížené tělesné aktivity projevující se sníženým příjmem potravy, nechutenstvím a rizikem zácpy

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient jí dostatečně
- Pacient se pravidelně vyprazdňuje

Ošetřovatelský plán:

- zjistit příčinu
- dohlížet na pacienta při jídle
- zajistit kontakt nutričního terapeuta
- sledovat BMI
- aktivně pacientovi nabízet potravu
- dbát na estetickou úpravu jídla

prevence zácpy:

- zhodnotit úroveň v oblasti vyprazdňování
- podat glycerinové čípky nebo Lactulosu sirup dle ordinace
- dodržovat dietní režim
- zajistit dostatečný přísun tekutin
- zapsat každé vyprázdnění střeva
- zajistit soukromí při vyprazdňování

Realizace:

Při podávání stravy jsem se snažila na pana P. dohlížet. Pravidelně za pacientem docházela dietní sestra, která panu P. radila co a kdy má jíst. Pacient měl dietu č. 3 – racionální.

Pokud jsem u pana P. stála, tak vždy snědl alespoň polovinu porce. Pacientovi jsem též aktivně nabízela tekutiny.

Během hospitalizace se pacient nevyprázdnil. Dával to za vinu sníženému příjmu potravy a tekutin. Věřil tomu, že v domácím prostředí se bude opět normálně vyprazdňovat.

Snažila jsem se pacientovi nabízet tekutiny a dohlížela jsem na příjem potravy. Podala jsem Lactulosu dle ordinace. Problém byl řešen s dietní sestrou. Za dobu mého ošetřování se pacient nevyprázdnil

Hodnocení:

Nechutenství, snížený příjem potravy a zácpa u pacienta přetrvávala po celou dobu hospitalizace. Problém byl řešen s nutričním terapeutem a ošetřujícím lékařem. Pacient to za velký problém nepovažoval, věřil, že v domácím prostředí bude bez obtíží.

Poruchy spánku v důsledku bolesti, strachu a snížené fyzické aktivity projevující se spánkovou inverzí

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient má správný cyklus spánku – spánek/bdění
- Pacient neudává pocity únavy
- Pacient je během dne aktivní a méně ospává

Ošetřovatelský plán:

- posouzení příčin a přispívajících faktorů
- zajistit vhodné podmínky pro spaní
- redukovat spánkovou inverzi
- aktivizovat nemocného během dne
- podání hypnotik nebo analgetik dle ordinace

Realizace:

Pacient přes den často pospával. Pocity únavy neudával, spal dostatečně, měl však přehozený cyklus spánku a bdění. Většinu dne prospal, v noci pak rušil spolupacienty, kteří si na neklid pana P. často stěžovali. Přes den jsem pacienta vždy probudila a snažila se s ním komunikovat a nějak ho zabavit. Pan P. měl právě rozečtenou knihu Dobrý voják Švejk, tak jsem mu ji neustále nabízela. Často to však bylo bez efektu, pan P. usnul i při čtení knihy.

Hodnocení:

Spánková inverze u pana P. stále přetrvávala, i přes snahu pacienta aktivizovat během dne.

Dehydratace v důsledku sníženého příjmu tekutin pro ztrátu pocitu žízně projevující se sníženým kožním turgorem, únavou, sníženou diurézou a rizikem pooperačních komplikací

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient chápe význam dostatečné hydratace a možné komplikace
- Pacient je dostatečně hydratován

Ošetřovatelský plán:

- zjistit příčinu
- zhodnotit úroveň sebepéče v oblasti příjmu tekutin
- sledovat FF a stav vědomí
- nabízet aktivně tekutiny
- vysvětlit pacientovi potřebu dodržování pitného režimu
- sledovat diurézu a vzhled moči
- sledovat laboratorní výsledky
- aplikovat infuzní roztoky dle ordinace
- informovat lékaře o stavu hydratace
- sledovat projevy dehydratace – kožní turgor, únavu, zmatenost

Realizace:

Pan P. si byl sám vědom toho, že příliš nepije. Říkal, že když celý den jen leží nemá potřebu pít, nemá pocit žízně. Snažila jsme se pacientovi vysvětlit nutnost dodržování pitného režimu. Aktivně jsem panu P. tekutiny nabízela a informovala ošetřující personál o potřebě dohlížet na pana P. zda dostatečně pije. Dle ordinace jsem pacientovi aplikovala infuzní roztoky Hartman 500 ml a Ringer 500 ml v předoperačním i pooperačním období. V pooperačním období na JIP byl u pacienta sledován příjem – výdej. Příjem přesahoval výdej o 1120 ml. Během hospitalizace u pana P. ke zlepšení nedošlo, sám od sebe se nenapil. I pod mým dohledem si vždy pouze loknul.

Hodnocení:

Cíl nesplněn. Pacient byl dehydratován i v pooperačním období. Pacient chápal nutnost dostatečné hydratace, měl však stále snížený příjem tekutin v důsledku ztráty pocitu žízně.

Změny ve vyprazdňování moče pro zavedení PMK a sledování bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukce

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient je bez infekce a obstrukce močových cest
- Pacient močí bez obtíží, má dostatek informací o nutnosti PMK

Ošetřovatelský plán:

- zjistit patologické vlivy
- sledovat P+V dle ordinace, zápis do dokumentace
- sledovat vzhled moče
- péče o PMK – důkladná hygiena, proplachy, výměna sběrného sáčku
- zajistit příslušná vyšetření
- podání diuretik dle ordinace lékaře
- zajistit dostatek tekutin

Realizace:

Pan P. měl zavedený PMK od prvního dne hospitalizace. PMK jsem proplachovala fyziologickým roztokem, měnila jsem sběrný sáček dle potřeby. PMK odváděl čirou moč. Při hygienické péči jsem se zaměřila na ústí močové

trubice, důkladnou hygienou jsem snažila zabránit možné infekci. Pan P. si nestěžoval na obtíže při močení, nepocíťoval žádné řezání či pálení.

Bilance tekutin byla u pana P. sledována pouze v pooperačním období. Obtíže s močením se u pacienta nevyskytly.

Hodnocení:

Pacient neměl obtíže se zavedeným PMK, chápal nutnost jeho zavedení. Pan P. byl bez známek infekce či obstrukce močových cest. PMK odváděl čistou moč.

Akutní bolest v operační ráně PDK po osteosyntéze projevující se zejména při pohybu

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zmírnění bolesti pacienta

Ošetrovatelský plán:

- najít vhodné prostředky pro tišení bolesti
- posoudit bolest – lokalizaci, charakter, nástup, trvání
- posoudit vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď
- sledovat neverbální projevy pacienta
- zaznamenávat bolest
- péče o pohodlí pacienta, nalezení úlevové polohy
- šetrná manipulace s operovanou končetinou při pohybu
- odvádět pozornost pacienta od bolesti
- informovat lékaře + podávat analgetika dle ordinace, sledovat účinky

Realizace:

Bezprostředně po příjezdu ze sálu pan P. udával nepříjemné pocity v oblasti zevní strany stehna PDK, v oblasti operační rány. Tento pocit popisoval jako tupou bolest bez radiace pouze v oblasti operační rány, chvílemi spíše jako bolest píchavou, která se zvyšovala při pokusu o pohyb. Po operaci pan P. dlouho spal, po probuzení cítil již menší bolest. Ta se vždy zvyšovala při pohybu. Dle ordinace byly panu P. podávána analgetika – Dipidolor 1 amp. i.m. a Novalgin 1

amp. i.m. v 9 – 15 – 21 – 03 hodin. Pacient si na bolest stěžoval pouze při nešetrné manipulaci s operovanou končetinou. Bolest jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení:

Po podání analgetik pan P. pociťoval menší bolest. Bolest PDK přetrvávala při nešetrné manipulaci a při nesprávně provedeném pohybu PDK.

Porucha integrity tkání pro osteosyntézu v PDK a Redonův drén s rizikem krvácení, subluxace, infekce

Cíl ošetrovatelské péče:

- Operační rána je bez infekce, hojí se per primam
- Pacient má PDK v léčebné poloze
- U pacienta nedošlo k luxaci kloubu PDK
- Operovaná končetina zaujímá fyziologickou polohu

Ošetrovatelský plán:

- sledovat operační ránu – krvácení, odváděné množství Redonovým drénem
- sledovat polohu operované DK – zajistit správnou polohu příp. užít antirotační botičku, zajistit pomůcky do lůžka na polohování – polštář mezi kolena
- sterilně ošetřovat a krýt operační ránu
- sledovat známky infekce v operační ráně
- zamezit kontaminaci rány při hygienické péči
- poučit pacienta o klidovém režimu a dodržování rad od fyzioterapeuta
- spolupracovat s fyzioterapeutem

Realizace:

Vzhledem k tomu, že jsem pana P. v pooperačním období ošetřovala pouze jeden den, v této oblasti jsem se příliš nerealizovala a nemohla jsem tak sledovat průběh hojení operační rány. I tak jsem pana P. poučila o tom, že zatím nesmí měnit polohu, vše bude postupně nacvičovat s fyzioterapeutem . Do lůžka jsem

mu připravila polštář pro následné polohování, který je nutný jako prevence luxace kloubu.

V době mého ošetřování pana P. se operační rána nepřevazovala, převaz byl plánovaný na druhý pooperační den, kdy jsem již na oddělení nebyla přítomna. U pacienta se předpokládalo hojení per primam, a proto byl poslední den mého ošetřování přeložen na aseptické oddělení.

Hodnocení:

U pana P. nevznikly žádné komplikace. Pan P. byl bez celkových známek infekce. Operovanou končetinu udržoval v léčebné poloze a dodržoval rady fyzioterapeutky. K luxaci kloubu nedošlo, krvácení z operační rány se neobjevilo.

Porucha hybnosti PDK a léčebného klidového režimu s projevy uložené PDK do léčebné polohy a deficitem soběstačnosti

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacient dodržuje klidový režim, zná možná rizika při jeho nedodržování
- Pacient se dokáže obsloužit v lůžku
- Pacient zná léčebný a rehabilitační režim a postupné zatěžování PDK

Ošetřovatelský plán:

- poučit pacienta o nutnosti dodržovat léčebnou polohu operované PDK
- kontrolovat polohu operované končetiny
- aktivizovat pacienta v lůžku, nacvičovat sebeobslužné činnosti
- signalizační zařízení k lůžku
- spolupracovat s fyzioterapeutem

Realizace:

Porucha hybnosti u pana P. přetrvávala i v pooperačním období. Pan P. byl v lůžku pohyblivější než před operací, kdy pro něj byla největší překážkou extenze a Braunova dlaha. Pacient se nyní s dopomocí dokázal posunout v lůžku a udržovat stabilnější polohu. Poučila jsem pacienta o léčebné poloze, kterou má dodržovat a vysvětlila jsem mu, jaké mu hrozí komplikaci při nedodržování

(luxace). Zajistila jsem pacientovi potřebné pomůcky k lůžku, aby měl vše v dosahu a tím jsem se snažila ho více aktivizovat.

Hodnocení:

Porucha hybnosti u pacienta přetrvávala. Snažil se více aktivizovat v lůžku, zvládal více sebeobslužných činností, dokázal se sám najíst, umýt si obličej. Dodržoval klidový režim v lůžku a znal vznik možných komplikací při nedodržování rad fyzioterapeutky.

Změna duševní aktivity pro změnu prostředí a životního stylu, dlouhodobou vynucenou polohu a strach projevující se občasnými halucinacemi, desorientací až zmateností

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient je orientovaný časem, místem i osobou
- Obnovení a udržení obvyklé orientace v realitě
- Pacient našel vhodnou aktivitu - četbu, poslech hudby

Ošetrovatelský plán:

1. posouzení příčin a vyvolávajících faktorů

- věnovat pozornost užívaným lékům, nežádoucím účinkům/interakcím
- posoudit stav stravování a výživy nemocného
- sledovat strach, úzkost a další fyziologické reakce
- sledovat laboratorní výsledky – stav okysličení, elektrolytovou rovnováhu, glykémii
- sledovat spánek - inverzi

2. určení stupně postižení

- zjistit stav nemocného v minulosti ve spolupráci s rodinou
- zhodnotit stav poruchy orientace, schopnost udržet pozornost, komunikovat s okolím
- určit míru ohrožení bezpečnosti pacienta/jiných osob

3. usilujte o zlepšení funkcí a prevenci dalšího zhoršování

- sledovat léčebný režim

- sledovat účinky léků
- zlepšovat orientaci pacienta v prostředí – seznamovat pacienta s realitou
- spolupracovat s rodinou
- zajistit klidné prostředí
- vhodně komunikovat - zajistit pomůcky ke komunikaci (naslouchátko)

Realizace:

S panem P. jsem trávila hodně času a během naší konverzace jsem zaznamenala, že je občas zmatený. Často mi vyprávěl o své ženě a zmatenost se objevovala vždy v souvislosti s vyprávěním o ní. Ptal se mě, zda jeho žena leží vedle něj nebo koukal z okna a tam viděl svou ženu jak něco sbírá. V jiné souvislosti se u pacienta zmatenost neobjevila. Dále jsem zkoumala, zda je pacient orientován místem a časem. Na tyto otázky odpověděl správně. Věděl, že je duben a leží v nemocnici se zlomenou nohou. Tuto zmatenost jsem přisuzovala strachu, dlouhodobému pobytu na lůžku, změnou prostředí a životního stylu a celkově nové situaci pro pana P. Snažila jsem se panu P. vysvětlit jeho situaci a vnést ho zpět do reality, hodně s ním komunikovat a nabízela mu vhodné zabavení pro chvíle, kdy byl na pokoji sám.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně, hodnocení vyžaduje delší sledování pacienta.

Riziko IMS a dekompenzace stavu v důsledku dlouhodobého pobytu na lůžku a snížené aktivity

Cíl ošetřovatelské péče:

- Zdravotní stav pacienta je kompenzovaný
- Pacient je bez příznaků IMS

Ošetřovatelský plán:

- dodržovat zásady z předoperačního období viz oš.dg. *vysoké riziko vzniku IMS*

Realizace:

V pooperačním období jsem u pacienta dodržovala zásady prevence vzniku imobilizačního syndromu (viz. str. 46). Pacienta jsem edukovala o dodržování nutných opatření (viz. edukace). Snažila jsem se více pacienta aktivizovat, učit ho sebeobslužným činnostem. Preventivní opatření z předoperačního období byla účinná, u pana P. nedošlo k rozvoji žádných komplikací. Zdravotní stav pana P. byl po dobu mého ošetřování kompenzovaný.

Hodnocení:

Pan P. byl v době mého ošetřování bez jakýchkoliv příznaků imobilizačního syndromu. Žádné komplikace se u pacienta nevyskytly, stav pana P. byl kompenzovaný. Výskyt příznaků IMS vyžaduje dlouhodobější sledování pacienta.

9. Edukace

Poučení pacienta o rehabilitaci

Rehabilitace je součástí komplexní léčby v ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí ať již konzervativní, či operační léčby. Její podíl na léčbě závisí na typu onemocnění. Bez rehabilitační péče nelze docílit dobrých výsledků v žádné oblasti léčení pohybového aparátu.

Od rehabilitace očekáváme uvolnění pohybu v kloubu, posílení svalstva, uvolnění kontraktur, zlepšení kompenzačních mechanismů, zvýšení možnosti tolerovat zátěž, zlepšení celkové kondice.

V ortopedii a traumatologii rehabilitace plynule navazuje na primární ošetření. Při konzervativním léčení se jedná hlavně o rozcvičení pořivační ztuhlosti kloubní, posílení svalstva, obnovení funkce, event. nácvik správného či kompenzačního stereotypu.

Při operační léčbě u plánovaných výkonů začíná RHB již v předoperační fázi. Cílem rehabilitace je připravit nemocného na operační zátěž a nacvičit základy rehabilitace v těsném pooperačním průběhu. Mimo cvičení zaměřeného na posílení svalstva, uvolnění kontraktur a zlepšení celkové kondice je nezbytný nácvik dechové rehabilitace, cvičení na lůžku těsně po operaci, nácvik chůze o berlích, nácvik cvičení operované končetiny těsně po operaci. Tím je nemocný fyzicky i psychicky lépe připraven na operační zátěž a lépe zvládá cvičení bezprostředně po operaci, kdy ještě doznívají pooperační bolesti.

V pooperačním období nemocný cvičí na lůžku (dechová rehabilitace, izometrické cvičení, mobilizace na lůžku), což je nejlepší prevence tromboembolického onemocnění (*zdroj č. 4, str. 269*)

Postupně je zahájena mobilizace:

1. pooperační den

- dechová cvičení, kondiční cvičení neoperované končetiny, RHB hlezna operované končetiny
- izometrické posílení gluteálních svalů

2. – 3. pooperační den

- aktivní cvičení v kyčelním kloubu s pomocí (flexe do 90°, abdukce, vnitřní rotace)
- nácvik sedu s DK spuštěnými z postele

4. – 5. pooperační den

- přetáčení na bok s molitanovým čtvercem mezi DK – prevence luxace

6. – 7. pooperační den

- cvičení na břicho, izometrické cvičení gluteálního svalstva
- vnitřní rotace vsedě na lůžku

8. – 12. pooperační den

- nácvik chůze po schodech, vytahování stehů, odchod domů

13. – 14. pooperační den

- odchod domů, poučení nemocného o hygieně a masáži operované končetiny, o RHB pomůckách, cvicích, úpravě v bytě

Poučení pacienta o prevenci TEN

Prevence pooperačních žilních trombóz

Hluboké žilní trombózy často komplikují pooperační období. Nezbytnou součástí péče o operované nemocné je proto zajištění takových opatření, která by mohla vzniku žilní trombózy a následných komplikací (především plicní embolie) zabránit. Je nutné pacienta o tomto poučit, aby chápal nutnost všech příslušných opatření a dbal na jejich dodržování. Je vhodné o všem poučit i rodinu pacienta.

Předoperační prevence:

- Infuzní léčba - je používána ke zlepšení stavu vnitřního prostředí
- Předoperační rehabilitace - sestra nacvičuje s nemocným dýchací pohyby a cvičení končetin, protože správné dýchání a pohyb končetin zlepšují žilní oběh a zabraňují pooperační stázi krve
- Kompresivní obvazy a punčochy – přiložením na DK dojde ke stlačení povrchních žil, a tím i k urychlení průtoku krve hlubokým žilním systémem
- Antikoagulacia – podání nízkých dávek heparinu, nízkomolekulárního heparinu (Fraxiparine, Fragmin, Clexane) 8 až 2 hodiny před operací subkutánně

Pooperační prevence:

- Dostatečné hrazení ztrát vody, minerálů a krve, které mohou vzniknout v pooperačním období (podání infuzních roztoků, včasné zahájení parenterální a enterální výživy)

- Antikoagulancia – někdy je nezbytné podávání delší dobu než měsíc po operaci pro nebezpečí vzniku pozdní trombózy, zvláště u nemocných dlouhodobě imobilizovaných
- Časné vstání z lůžka a rehabilitace na lůžku
- Ponechání kompresivního obvazu nebo punčochy na dolních končetinách po dobu nezbytného setrvání nemocného na lůžku (*zdroj č. 9, str. 31*)

10. Ošetřovatelský závěr a prognóza

Zlomeniny horního konce stehenní kosti mají celkově dobrou prognózu. V případě pana P. by mohlo dojít k dekompenzaci jeho chronických onemocnění při dlouhodobém pobytu na lůžku. Proto je pro pana P. velmi důležitá včasná vertikalizace a důkladná rehabilitace. Pacient by měl též dodržovat veškerá opatření, na která jsem ho upozornila, tj. dodržování pitného režimu a přiměřený příjem stravy. Dále je důležité dodržování léčebného režimu, užívání léků a dodržování rad rehabilitační sestry.

Myslím si, že v domácím prostředí bude pan F.P. šťastný a jeho zdravotní stav se bude dále zlepšovat. Prognózu přidružených onemocnění si nedovoluji předvídat, vzhledem k vysokému věku pacienta může k dekompenzaci stavu dojít téměř kdykoli.

Na pana P. budu ráda vzpomínat, hezky se mi s ním povídalo a utvrdil mě v tom, že je opravdu moc důležité se věnovat pacientovi ne jako ležícímu tělu, ale jako bytosti, která si ráda popovídá a sdělí své zážitky příjemné nebo i ty méně příjemné. Myslím si, že častým povídání s panem P. jsem mu zpříjemnila pobyt v nemocnici a odvedla jeho myšlenky od jeho zdravotního stavu, čímž jsem mu pomohla k větší psychické pohodě.

11. Seznam požité literatury a zdrojů

1. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*
Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2001
ISBN 80 – 247 – 0242 – 8

2. DUNGL, P. *Ortopedie*
Praha: Grada Publishing, a.s., 2005
ISBN 80 – 247 – 0550 – 8

3. JUŘENÍKOVÁ, P., HUSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., TOMÁNKOVÁ, D.
Ošetřovatelství – učební text pro střední školy, 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie
Uherské Hradiště: Středisko služeb školám UH, 1999

4. KOUDELA, K. *Ortopedie*
Praha: Karolinum, 2004
ISBN 80 – 246 – 0654 – 2

5. KUDRNA, K., TRČA, S., HOŘEJŠÍ, J. *Zlomeniny horního konce stehenní kosti*
Sanquis, roč. 5, č.23 (2003), s. 14, ISSN 1212 – 6535

6. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*
Praha: Grada Publishing, a.s., 2004
ISBN 80 - 247 – 0932 – 5

7. ŠVIHOVEC, J., NOVOTNÁ, H., KAŠPAROVÁ, L. *Pharmindex breviř*
Praha: MediMedia Information, spol. s r.o.
ISBN 80 – 86336 – 04 – 2

8. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*
Praha: Maxdorf, 2000
ISBN 80 – 85912 – 38 – 4

9. VYHNÁNEK, F. *Chirurgie III*

Praha: Informatorium, spol. s r. o., 2003

ISBN 80 – 7333 – 009 – 1

10. Dokumentace

11. Ošetřující personál

12. Pozorování pacienta

13. Rozhovor s pacientem

14. Spolupacienti

Přílohy

Příloha č. 1 – ADL – hodnoceno 31.3.2008

Barthelův test základních všedních činností			
	Činnosti	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití wc	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			35 bodů
Hodnocení stupně závislosti			
ADL 4	0 – 40 bodů	vysoce závislý	
ADL 3	45 – 60 bodů	závislost středního stupně	
ADL 2	65 – 95 bodů	lehká závislost	
ADL 1	96 – 100 bodů	nezávislý	

Příloha č. 2 – Rozšířená stupnice Nortonové – hodnoceno 31.3.2008

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Body
úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrá	4
malá	do 30 let	suchá, šupinatá	snížení imunity, DM	zhoršený	3
částečná	do 60 let	vlhká	obezita, anemie	špatný	2
žádná	60 let +	alergie, porušená	onem. cév, kachexie, karcinom	velmi špatný	1
2	1	3	4	2	

Rozšířená stupnice Nortonové				
Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
bdělý	chodící samostatný	úplná	kontinentní	4
apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence	3
zmatený	sedící v lůžku	velmi omezená	inkontinence převážně moče	2
bezvědomí	ležící	žádná	inkontinence moče i stolice	1
4	1	2	3	Celkem 22 b.
Riziko vzniku dekubitů	nízké 25-24 b.	střední 23-19 b.	vysoké 18-14 b.	velmi vysoké 13-9 b.

Příloha č. 3 – Seznam léků

Název	Složení	Indikační skupina	Nežádoucí účinky
ACC long por. tbl. eff.	Acetylcysteinum	expektorans, mukoltikum	GIT obtíže, dušnost, hypotenze, tachykardie
Afonilum 125 mg por. cps. pro.	Theophyllum anhydricum	bronchodilatans, antiastmatikum	bolesti hlavy, palpitace, hypotenze, GIT obtíže
Cefazolin	Cefazolinum natricum	širokospektré antibiotikum	léková horečka, exantém, kopřivka, nechutenství, nevolnost, zvracení, zánět žil
Cotrimoxazol al forte por. tbl. nob.	Thimethoprimum	antimikrobiální chemoterapeutikum	apatie, nespavost, deprese, dechové poruchy, GIT obtíže, kožní projevy
Dipidolor inj. sol.	Piritremidum	analgetikum, anodynum	únava, ospalost, GIT obtíže, dechové obtíže, hypotenze
Dicynone 250 inj. sol.	Etamsylatum	antihemoragikum, hemostatikum	alergické reakce, nauzea, průjem
Ferronat ret. por. tbl. pro.	Ferrosi sulfans anhydricus	antianemikum	tlak v nadbříšku, pálení žáhy, nechutenství, nevolnost, průjem
Hartman 1/1 500 ml	Na ⁺ - 130, K ⁺ - 5,4, Cl ⁻ - 126, Ca ²⁺ - 2, Mg ²⁺ - 2, laktát - 27		
Heparin ret. 5000 j.	Heparinum natricum	antikoagulans	zvýšená krvácivost
Mucosolvan por.sir.	Ambroxoli hydrochloridum	expektorans, mukolytikum	GIT obtíže, kožní příznaky
Novalgin inj.sol.	Metamizolum natricum monohydricum	analgetikum, antipyretikum	kožní projevy, dechové obtíže, GIT obtíže
Plasmalyte 1000 ml	5.26 g NaCl, 0.37 g KCl, 0.3 g MgCl ₂ ·6H ₂ O, 3.68 g CH ₃ COONa·3H ₂ O, 5.02 g Na-		
Ringer 500 ml	Na ⁺ - 147, K ⁺ - 4, Cl ⁻ - 157, Ca ²⁺ - 3		

Tiapridal inj. sol.	Tiapridi hydrochloridum	psychofarmakum, neuroleptikum	závratě, bolesti hlavy, třes rukou, nespavost, únava
Torecan inj. sol.	Thiethylperazini hydrogenomalas	antiemetikum	somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, sucho v ústech
Vasocardin 25 mg por. tbl. nob.	Metoprololi tartras	kardioselektivní betalytikum	GIT obtíže, únava, slabost, nespavost, svědění, poruchy srdečního rytmu
Verospiron 25 mg por. cps. dur.	Spirolactonum	kaliu šetřící diuretikum, antihypertenzivum	GIT obtíže

Příloha č. 4 - Seznam léků – chronická medikace

Název	Generický název	Indikační skupina	Nežádoucí účinky
Isoptin	Verapamili hydrochloridum	Vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu	arytmie, hypotenze, palpitace, otoky, nevolnost, alergické reakce (vyrážka, svědění)
Simgal	Simvastatinum	Hypolipidemikum	Bolest hlavy, závratě, trávicí obtíže, vyrážky, svědění, celková slabost
Helicid	Ompرازolum	Antiulcerozum, inhibitor protonové pumpy	Bolest hlavy a břicha, nespavost
Betaserc	Betahistini dihydrochloridum	Vazodilatans, derivát histaminu	Zažívací obtíže
Seretide	Salmeteroli xinafoas	Bronchodilatans, antiastmatikum	Alergická reakce – dušnost, bolest hlavy, změny v dutině ústní, palpitace, svalové křeče
Promagsan	Magnesium lacticum	Doplněk stravy - hořčík	

Příloha č. 5 – Seznam použitých zkratk

APPE – apendektomie

CFN – cannulated femoral nail

DCS – dynamic condylar screw

DHS – dynamic hip screw

ICHS – ischemická choroba srdeční

KS – kardiostimulátor

LCP – locking compression plate

LISS – less invasive stabilisation system

MIPPO – minimal invasive percutane plate osteosynthesis

ORIF – open reduction with internal fixation

PFN – proximal femoral nail

PHN – proximal humeral nail

SSS – sick sinus syndrom

INJ SOL – infuze, roztok

POR SIR – sirup k vnitřnímu užití

POR CPS DUR – tvrdá tobolka k vnitřnímu užití

POR CPS PRO – tvrdá tobolka s prodlouženým uvolňováním k vnitřnímu užití

POR TBL NOB – tableta k vnitřnímu užití

POR TBL EFF – šumivá tableta k vnitřnímu užití

Příloha č. 6 – Základní nutriční screening – hodnoceno 31.3.2008

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)							
	Věk	BMI	Ztráta hmotnosti	Jídlo za poslední 3 týdny	Projevy nemoci	Faktory stresu	
	do 65 let	20-35	Žádná	Beze změn množství	Žádné	Žádný	0
	nad 65 let	18-20 nad 35	Více než 3kg/3měs	Poloviční porce	Bolesti břicha Nechutenství	Střední – chron.onem, DM, menší chir.výkon	1
		pod 18	3-6kg/3měs volné šatstvo	Jí občas nejí	Zvracení Průjem nad 6x za den	Vysoký – akut. dekom.onem., rozsáhlý chir.výkon, poop.ko mplikace, UPV	2
	nad 70 let		Více než 6kg/3měs				3
	3	0	0	0	0	1	Celkem 4 body
Riziko malnutrice	Bez nutnosti intervence (0-3 body)		Speciální dieta (4-7 bodů)		Malnutrice ohrožující život (8 bodů a více)		

Příloha č. 7 – Ošetřovatelský dotazník

Příloha č. 8 - CD